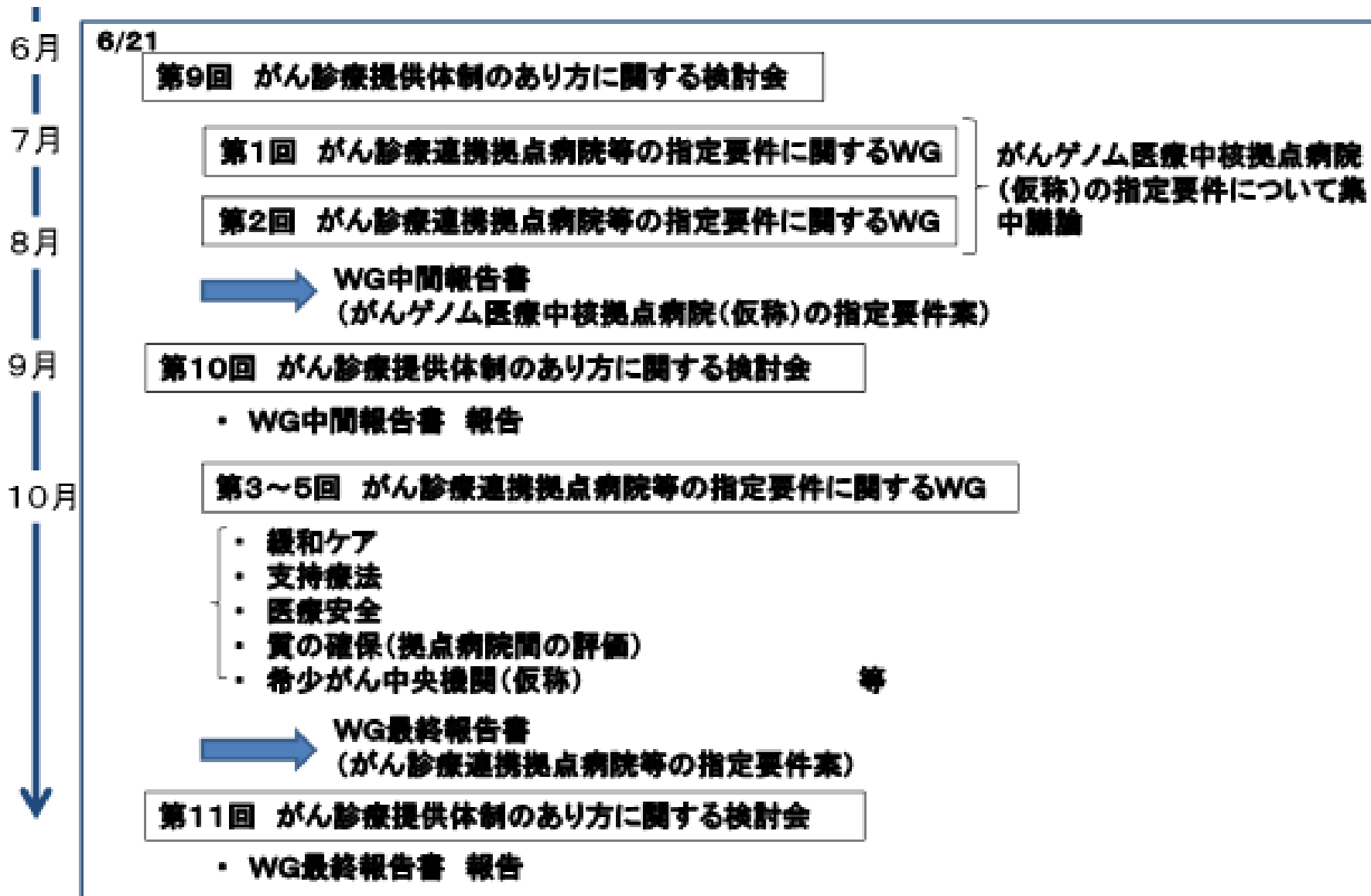


「第3期がん対策推進基本計画案（案）」を踏まえた、
今後のがん診療連携拠点病院が担っていくべき
役割についての討議

がん診療提供体制のあり方に関する検討会 スケジュール(案)



2-1.がんゲノム医療について (現指針:記載なし)

課題

専門の人材の不足

- がんゲノム医療に関する専門医、遺伝カウンセラーが不足している
- 現状の制度では遺伝カウンセラーを常勤雇用できない

診療体制の整備が不十分

- データの取扱い、患者・対象者やその家族への説明、診療体制の整備が十分でない
- 検査の体制や職員の配置など、施設間でばらつきがある
- 地域の医療機関との連携など新たな診療体制構築が求められている
- がんゲノム医療に関わる診療の多くが保険収載されておらず、遺伝カウンセリングや遺伝学的検査、その後の経過観察が自費診療である
- クリニカル・シーケンスを行う際の検査の品質（インハウスの場合）を保証することが困難

情報発信

- がん対策や治療に関わる新しい情報の発信は、がん相談支援センターの業務であると思われるが、ゲノム医療や生殖機能の温存については、情報が少なく、相談員間でも対応時の不安が大きい

2-1.がんゲノム医療について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. がんゲノム医療の治療選択や治療を受けられる病院などの情報提供や相談窓口ネットワークを構築する（岩手医大、福井県立）
- b. 医療者、一般者・患者に対する周知（聖路加、名古屋第一赤十字）
- c. ゲノム医療の提供体制構築のための要件整備や医療従事者の教育・研修（帝京大、八王子医療C、兵庫県がん、和歌山医大、九大、長崎大）
- d. ゲノム医療拠点病院と拠点病院との連携体制を構築する（聖路加、長崎大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. がん診療連携拠点病院機能強化事業で、ゲノム医療に必要な人材の育成と遺伝カウンセラーの適切な配置を可能とする（埼玉医大総合医療C）
- b. ゲノム医療の体制整備のための予算、研究費等の確保（がん研、兵庫県がん）
- c. ゲノム医療拠点の施設への集中的な予算配分、人材の確保（滋賀成人、四国）



拠点病院は、がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）を中心とした医療連携を図るとともに、情報提供や相談等に関するネットワークを構築し、がんゲノム医療の相談に対応できる体制を整備していくこととしてはどうか

2-2. がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、 免疫療法について (現指針:P.2~4, P.7~10, P.16)

課題

診療の質について

- より安全な治療のため、多職種からなるチーム医療でのサポートが必要
- 標準的治療の実施状況が明らかになっておらず、拠点病院間の役割分担や拠点病院以外の医療機関との機能分担が明確でない

手術療法の体制

- 施設によって質の高い安全な手術を行うための体制にばらつきがある

放射線療法の体制

- 高精度放射線治療実施体制が不十分
- 専門の医療従事者（放射線治療医、医学物理士など）の不足

化学療法の体制

- 外来化学療法は増加しているものの、現状の診療報酬や拠点病院の指定要件では、外来化学療法室に専門の医療従事者が十分に配置できない

免疫療法の体制

- 特有の有害事象への対応がやや困難
- エビデンスのない治療が混在している

2-2. がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、 免疫療法について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. がんの各治療の実施状況を明らかにし、それぞれの施設間の役割分担や拠点病院以外の医療機関との機能連携を図るとともに、高度な医療や臨床試験については集約して実施できる体制づくりを支援する（帝京大）
- b. 外来化学療法室の人員配置等、適正な要件を定め配置していくこと（順天堂大）
- c. 放射線治療の品質管理を実施する体制を必須とすること（岐阜大）
- d. 各医療機関を他の医療機関の医師等が監査することにより、相互に診療レベルの確認を行い、PDCAサイクルを確保し医療の質を向上させる（慈恵医大第三等）
- e. 各施設における医療安全面のガバナンスの強化、高難度手術の集約化（静がん）
- f. 専門の医療従事者の人材育成（日大附属板橋、静がん、熊本大、大分大）
- g. データや根拠が明らかでない治療法については、標準治療を優先すべきことを関連施設に通達し、規制する（国際医療研究C、熊本大）



- ・ 高度な医療の集約化、相互訪問評価、専門の医療従事者の人材育成、適正な人員配置などにより、標準的治療を提供する体制を整備するとともに、医療安全体制の強化を図ることとしてはどうか
- ・ PDCAサイクルを確保しながら医療の質の向上を図ることとしてはどうか
- ・ 放射線治療の品質管理を必須としてはどうか

2-3. チーム医療について (現指針:P.3~9, P.16 ~ 17)

課題

医療提供体制

- 各施設で診療科、がん種、臓器別でチーム医療の体制にばらつきがある
- 患者の病状に合わせて最適なチーム医療を継続していくことが難しい
- チーム医療を担うスタッフの不足、人事異動
- チーム医療における活動の評価が難しく、インセンティブが得られない
- がん治療が外来にシフトしており、チーム医療（がんリハ、緩和ケア）がその動きに追従できていない

緩和ケアチーム

- 緩和ケアチームの活動は、病院経営上のメリットは得られず、人件費の面からもスタッフ配置の増員は難しいのが現状

化学療法の体制

- 専門の医療従事者が充実していない施設も多く、入院化学療法では各病棟での対応となっている施設も少なくない

免疫療法の体制

- 免疫療法の有害事象に対するサポートチーム体制が不十分

2-3. チーム医療について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 専門の医療従事者の集約化、拠点病院自体の集約化が必要（埼玉県がん、神奈川県がん）
- b. 各施設での体制や取り組みなどについて施設間で情報共有を行い、県全体でチーム医療の質を向上させていく（香川大）
- c. 事務担当者、専門の医療従事者の配置の義務付け（埼玉県がん、八王子医療C、岡山大）
- d. 免疫療法の有害事象に対する院内外への連携体制の整備（和歌山医大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 全国統一の緩和ケアチーム活動の評価基準や患者満足度調査の作成（香川大）



- ・ 専門家の配置、事務担当者の確保など、チーム医療が実施できるよう体制整備を行うとともに、各施設内で情報共有を行い、医療従事者間の連携の強化を図ることとしてはどうか。
- ・ 都道府県内の施設間で連携し情報共有を図り、必要に応じて集約化も検討し、地域全体のチーム医療の質の向上を図ることとしてはどうか

2-4. がんのリハビリテーションについて

(現指針:記載なし)

課題

実施体制

- がんのリハビリテーション実施体制が整っていない
- 専門の人材が不足している
- 外来でのリハビリテーションは保険適用外のため、実施が不十分

拠点病院と地域連携

- 拠点病院、回復期病院、緩和病棟、在宅それぞれの施設の立場での取り組みにとどまり、お互いの情報共有、連携が不十分
- がんリハビリテーション料は入院中のみの算定であり、継続したリハビリテーションが行えていないため、脳血管疾患や運動器疾患などに比べ、地域でのリハビリテーション連携が遅れている

情報提供

- がん患者・家族への情報提供、周知がほとんどなされていない

2-4. がんのリハビリテーションについて

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. がん患者を外来や地域医療機関でサポートできるリハビリテーション連携の体制作りを強化する（熊本大）
- b. がんのリハビリテーションの実施件数を把握する仕組みを作り、一定の数値目標を設定する（静岡がん）
- c. がんのリハビリテーション件数を調査し、一定数の実施を拠点病院の要件とする（秋田大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 外来でのがんリハビリテーションの診療報酬上の評価（八王子医療C、がん研、兵庫県がん、香川大）



- ・がんのリハビリテーションにおいて、入院から外来まで、継続的にリハビリテーションが行えるよう、施設内や地域における連携の強化を図ることとしてはどうか
- ・また、拠点病院におけるがんのリハビリテーションについて、一定数の実施を求めていくこととしてはどうか

2-5. 支持療法について

(現指針:記載なし)

課題

実施体制

- 支持療法の施設間格差、診療科間格差がある
- すべての患者が最善の支持療法を享受できている状況とは言えない
- 全国的に専門の医療従事者が不足している
- リンパ浮腫に対し、複合的治療料が算定できるようになったが、施設基準が厳しく、施設基準を満たして保険診療を行っても、患者を診れば診るほど赤字になってしまう
- 制吐剤や発熱性好中球減少症など、ガイドラインがあるものは支援が容易であるが、妊孕性に関する支援ができていない

2-5. 支持療法について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 専門性の高い人材の適正配置、専門外来、多職種連携による迅速かつ継続的に対応できる治療提供体制の構築（国際医療研究C、和歌山医大）
- b. 地域全体でレジメンやパスの地域内統一の推奨や義務化を進める（栃木県がん）
- c. 拠点病院内に最新の副作用対策を積極的に進め、様々な副作用対策に的確に対応できる組織の整備を義務化していく（宮城県がん、東北大）
- d. 妊孕性に関する相談方法や生殖器専門病院との連携（静がん）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 拠点病院におけるリンパ浮腫の複合的治療への保険適用の条件緩和及び診療報酬点数の改定（栃木県がん、八王子医療C、がん研）
- b. 国民への周知（帝京大）



- ・各施設において、がん治療に伴う副作用・合併症などを軽減するため、多職種連携により適切に支持療法が実施できる体制を整備してはどうか
- ・拠点病院は、地域の医療機関に対して、支持療法に関する教育等を行い、適切な実施を普及啓発していくようにしてはどうか

2-6. 希少がん、難治性がんについて (現指針:P.16)

課題

診療提供体制

- 希少がんや難治性がんの分子学的病態解明のためのデータやサンプル収集など解析に向けた体制基盤が十分ではない
- 全国的に見れば均てん化がなされていない
- 集約化が十分ではなく、専門性の高度化に対応しきれていない
- 正確な病理診断が難しい

人材の不足

- 専門の医療従事者が不足している

研究の推進

- 標準的治療が確立していない
- 難治性がんについては、多くの施設で研究されているが、5年生存率の改善が得られておらず、更なる臨床研究の推進と優れた診断・治療法の普及が必要

情報提供

- 拠点病院間でも情報共有ができていない

2-6. 希少がん、難治性がんについて

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 指定医療機関を中心とした医師主導治験、先進医療の実施（医療研究C、静岡がん）
- b. キャンサーボード等を活用した多職種での検討、県外の専門施設との連携体制の構築（神奈川県がん、奈良県医大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 希少がん・難治性がん診療の実態調査の実施（岩手医大）
- b. 診療情報の中央集約化と、安全性・有効性に関するデータの集積（静岡がん）
- c. 集約化（栃木県がん、国際医療研究C、がん研、神奈川県がん）
- d. 正確な診断を得るための病理中央診断システム、コンサルティングシステムの構築（がん研、静岡がん）
- e. 希少がんの専門家の育成と当該組織の立ち上げによる、横断的な診療体制の構築（埼玉県がん）
- f. 比較的頻度の高い希少がんの診断、治療についての研修の実施（和歌山医大）
- g. 臨床研究の内容、施行施設が患者にも検索可能なシステムの作成（がん研）



- ・各施設において、キャンサーボード等を活用した多職種での検討、臨床試験の把握と情報収集に努めるとともに、専門施設の集約化と連携強化を図ることにより、情報提供、コンサルティングに対応できる体制の整備を図ってはどうか

2-7. 小児がん、AYA世代のがんについて

(現指針:記載なし)

課題

診療提供体制

- 小児がん、AYA世代のがんに関して、治療・追跡体制が十分整備されていない
- AYA世代のがんに関して、小児と成人領域の狭間で、診療体制および標準治療が定まっておらず、世代・特性に応じた治療の実施が困難
- 拠点病院である程度の対応は可能と思われるが、すべての患者をカバーするのは困難
- 晩期合併症（特に妊孕性温存を含めた生殖医療について）に対する対策、治療開始前の適切な説明が不十分

人材の不足

- 専門の医療従事者が不足している

研究の推進

- 小児がん領域においては治験や臨床研究などがん研究の認知不足が課題

その他

- 小児がん、AYA世代で必要な患者等が使える社会資源が不足している

2-7. 小児がん、AYA世代のがんについて

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 小児・AYA世代を包括的に診療する体制の構築（埼玉県がん、京都府立医大）
- b. 相談窓口、専門的な支援が可能な専門家と連携できるシステムの構築（埼玉県がん、がん研、岐阜大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 集約すべき医療機関を診療実績等を基に選定、整備し、その医療機関を中心に医師主導治験、および先進医療を実施する（国際医療研究C）
- b. 小児・AYA世代のがん診療に関する専門の人材の育成（静岡がん、広島大、山口大）
- c. AYA世代で在宅支援が必要な患者等が使える社会資源の設置、介護保険の対象年齢の見直しなど（帝京大）



- ・小児・AYA世代のがんを包括的に診療・対応できる専門的な医療機関の集約化を進めることとしてはどうか
- ・その他の医療機関は、専門的な医療機関との連携強化を図ることにより、小児・AYA世代のがん診療、相談に適切に対応できる体制を整備していくこととしてはどうか

2-8. 病理診断について

(現指針:P.8, 10)

課題

実施体制

- 形態学的診断、遺伝子変異の同定や分子標的薬による治療適用のためのコンパニオン診断など病理医の果たす役割や重要性が増加しており、病理医の負担が増えている
- これらの業務を行うための人材育成や施設の整備、情報・技術サポートシステムが欠如している

人材の不足

- 病理医が全国的に不足している
- 病理専門医の分布は都市部に集中する傾向があり、地方では大学・拠点病院でもその確保が容易ではない

その他

- 遺伝子検査用の未染標本の作製に対し診療報酬上の評価がされていない

2-8. 病理診断について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 臨床検査部門や臨床腫瘍内科、遺伝子診療部門などとの連携強化（国がん東）
- b. 拠点病院における病理医の適切な配置（滋賀成人、熊本大）
- c. 遠隔病理診断の整備、バーチャルスライドなどを利用したシステムの整備（がん研、岐阜大、滋賀成人、山口大）
- d. 専門の医療従事者の研修制度及び人材育成（がん研、岐阜大、滋賀成人、国がん東）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 免疫染色や遺伝子検査用未染標本作製にかかる病理診断部門へのインセンティブの導入（国がん東）



- ・施設内で専門の医療従事者の確保、各診療科、臨床検査部門、遺伝子診療部門などの関連部門における連携の強化を図ることとしてはどうか
- ・診断困難な症例については、中央病理診断システム等をより積極的に活用し、質の高い病理診断が行えるような体制を整備していくこととしてはどうか
- ・また、専門の医療従事者の育成を図っていくこととしてはどうか

2-9. がん登録について (現指針:P.13, 15, 17, 18)

課題

実施体制

- データの利活用に関する検討が十分ではない
- それぞれの県で分析・評価を行っているためデータの精度向上に関する評価、提供している情報にばらつきがある
- がん診療の詳細な分析のため、登録項目の追加等、見直す必要がある
- 院内がん登録、全国がん登録、臓器別のがん登録、NCDなど煩雑化しており、実務者の負担が増えている
- 院内がん登録の生存確認調査は、法的な裏付けがないため、実施が困難
- がん登録業務に関する政策的な措置や財源の裏付けがない状況

人材の確保、育成

- 人事異動などにより、登録実務者の継続した確保が困難
- がん登録の実務者が一定レベルに達するまで、相当な期間が必要だが、後進育成の人員と指導するための時間の確保が困難

普及啓発

- がん登録のデータの必要性や、データがどのように国や地方自治体のがん施策に役立てられているかなどが十分に周知されていない

2-9. がん登録について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 拠点病院だけでなく、多くの関係者にデータの利活用に関わる機会を設ける（栃木県がん）
- b. がん登録データを活用し、医療機関のデータの見える化、県内のがん治療に関する質の向上の評価を行う（鹿児島大）
- c. がん登録実務者が一定数確保できるような指定要件の設定（深谷赤十字、神奈川がん、岐阜大、九大、佐賀大）
- d. 都道府県で統一した項目で院内がん登録の分析・評価を行い、データの精度管理、患者への情報提供を行う（広島大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 登録項目の再検討（埼玉がん、京都大）
- b. 診療報酬上の加算や補助金などで、がん登録の実施体制の充実を図る（がん研、岐阜大、京都大、広島大、九大、佐賀大）
- c. 検診の精度管理など、がん登録のメリットについての周知（帝京大、がん研）



- ・がん登録データを活用し、自施設のがん治療に関する評価及び質の向上を図っていくこととしてはどうか
- ・がん登録実務者が十分に確保できるような体制整備を図るようにはどうか

3-1. がんと診断された時からの緩和ケアについて

(現指針:P.4~9, 11, 13, 16, 17)

課題

実施体制

- 拠点病院間で提供される緩和ケアの質に格差がある
- 入院でのスクリーニング施行率が高いが、外来の施行率が低い
- 苦痛のスクリーニングにおいて、労力と効果が見合っていない
- 主治医と緩和ケアチームの連携体制機能が十分とは言えない
- 近隣の病院、施設、在宅等、地域での緩和ケア提供体制が不十分

人材の不足

- 緩和ケアに従事する医療従事者が不足している
- 緩和ケアセンターでの多様な事務手続き、医療者を補助する人材が必要

周知不足

- がん診療科以外の医師に対する緩和ケア研修会受講の動機付けが難しい
- がん診療に係わる医療従事者が、早期からの緩和ケア提供のメリットに対する認識が少なく、緩和ケアチームへの依頼が遅い
- 早期からの緩和ケアに関する認知度が低く、緩和ケア＝ターミナルケアの考えが強く、病状がかなり進行するまで患者が緩和ケアを希望しない
- 医療用麻薬についての誤解が払拭されておらず、利用量が少ない

3-1. がんと診断された時からの緩和ケアについて

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 拠点病院間での定期的なカンファレンスや勉強会、ピアレビューのような仕組みを作る（静がん）
- b. 地域内での多職種、他施設参加の会議・意見交換会の開催（九大）
- c. 外来での緩和ケアの充実（岡山大）
- d. 医師以外の医療従事者への緩和ケア研修システムの充実（山形中央、兵庫がん）
- e. 緩和ケアセンターの設置要件として専従の事務職員を配置する（栃木県がん）
- f. スクリーニングとその対応に対する評価方法の確立（兵庫県がん）
- g. 早期からの緩和ケア介入の指標の導入（東京医科歯科大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 拠点病院の緩和ケアに従事する医療従事者の実態を調査し、緩和ケア病棟の機能分化について検討する（愛知がん中央、国がん東）
- b. 緩和ケアを担う人材確保と財政支援（栃木県がん、岡山大、熊本大、宮崎大）



- ・ 苦痛のスクリーニングなどによる院内全体の緩和ケアの実施状況の評価、相互訪問評価による他施設評価などを活用し、緩和ケアの質の向上を図っていくこととしてはどうか
- ・ 緩和ケアに従事する医療従事者への研修、事務員の配置により、緩和ケアの質の向上及び実施体制の充実を図っていくこととしてはどうか
- ・ 拠点病院間の連携、拠点病院と地域の医療機関との強化を図ることとしてはどうか

3-2. 相談支援、情報提供について

(現指針:P.11~13, 15, 16)

課題

実施体制

- 相談件数は年々増加し、相談内容が多様化しており、負担が増えている
- がん相談支援センターの活動内容が病院によってまちまちであり、病院間の連携や情報共有はあまり行われていない
- 様々な情報があり、常に新しい情報が出るので情報収集が間に合わない
- ピアサポーターの活用が不十分

人材の不足、育成

- がん相談支援は診療報酬上で評価されていないため、がん相談支援センターに十分な人員配置ができていない
- 相談員の質の担保、スキルアップが難しい

周知不足

- がん相談支援センターは病院内、院外ともに広く認知されているとはいえず、十分に利用されていない
- がんと診断されて間もない時期にがん相談支援センターを利用する患者や家族が少ない

3-2. 相談支援、情報提供について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 各がん相談支援センターの連携の促進・強化（国際医療研究C）
- b. 患者・家族が、医師からがんに関する説明を受けた時などに、がん相談支援センターへ確実につながる体制の構築（栃木県がん、島根大）
- c. 他疾患の事業とも連携した相談体制の構築、周知（自治医大）
- d. 拠点病院において、都道府県が作成する「地域の療養情報」を活用して相談支援に関わる協力者や連携施設を増やし、一般向けの普及啓発を行う（帝京大）
- e. 拠点病院の指定要件による適正な人員配置（宮城県がん、東北大、茨城、栃木県がん、埼玉県がん、静岡がん、香川大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 相談員の資質向上を図るための施策の充実（茨城、兵庫県がん）
- b. 相談員のWEB研修やeラーニング、地方での研修会の開催など、スキルアップ研修へ参加できる取り組みの強化（和歌山医大、熊本大）
- c. 相談支援・情報提供に対する診療報酬上の評価や財政支援等（大阪がん、九大、鹿児島大）



今回、皆さまから提出された意見も含めて、情報提供・相談支援部会にて提案内容を検討していくこととしてよいでしょうか

3-3. 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援について

(現指針:P.6, 7, P.14~16)

課題

実施体制

- 地域の医療機関との連携を図る上でのがん地域連携クリティカルパスが正常に機能していない
- がん治療連携計画策定料の要件、「退院後30日以内」「連携施設の届出」は、各病院が機能分化に取り組めない一因となっている
- 各地域の機関の役割が細分化、重複部分が複雑化し、分かりづらい
- 地域の医療チームでがん患者を支える仕組みが不十分

周知不足

- 在宅医療への切り替えのメリットや医療制度のあり方など医療者以外の患者、家族やその他国民が理解できていない
- 地域におけるがん患者への相談窓口の広報等ができていない

3-3. 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 地域の医療機関との連携体制の構築、強化を行う（行田総合、がん研）
- b. 拠点病院以外の医療機関や在宅医療を担っている施設との連携を強化していく（栃木がん）
- c. がんの地域連携クリティカルパスについては、今後も推進していくべきかどうか再検討する（がん研）
- d. がんと診断されたときから、がん相談支援につながる仕組みづくり（茨城）
- e. 自治体や医療圏内の関係者との連携や協働を推進し、専門職の派遣やアドバイスなど、拠点病院の専門家や相談員やアウトリーチする機会を支援する(帝京大)。

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 各都道府県に患者家族が気軽に集える場を設ける（愛知県がん中央）
- b. がん診療の地域連携における診療報酬の再評価（聖路加、新宿メディカルC）
- c. 学校、職場、地域での教育推進（和歌山医大）



- ・ 拠点病院と地域の医療機関等との連携体制の構築・強化を図ることとしてはどうか。特に、地域緩和ケア連携についてより一層に進めていくこととしてはどうか。
- ・ 自治体や医療圏内の関係者との連携や協働を推進し、専門職の派遣やアドバイスなど、拠点病院の専門家や相談員やアウトリーチする機会を推進していくこととしてはどうか

3-4. がん患者等の就労を含めた社会的な問題について

(現指針:P.12)

課題

実施体制

- 社会保険労務士やハローワークでの相談窓口はあるが、相談件数はそれほど増えていない
- がん相談支援センターとしてがん治療に伴う多様な社会的な問題に対し、情報提供、相談支援において、十分に対応できているとは言い難い
- 患者が仕事に復帰できるような医療面からの支援は担当部署が不明確
- 傷病手当金の支給申請のタイミングや障害年金の申請についてがん患者への適用が難しい

人材の不足

- 就労対策に対応できる担当者を確保することが難しい

周知不足

- 就労相談をしている拠点病院でも患者への周知・広報ができていない
- がんと診断された時に就業していた人が退職する現状に大きな変化がなく、十分な情報提供、就労支援の体制が構築されているとは言い難い
- 企業側のがん患者に対する理解が必要

3-4. がん患者等の就労を含めた社会的な問題について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. がんと診断されたときから、がん相談支援につながる仕組みづくり（茨城、筑波メディカルC、栃木県がん）
- b. 拠点病院等と県、ハローワーク、産業保健総合支援センター、企業等の関係者の連携を強化する（栃木県がん、静岡がん、京都府立医大、熊本大）
- c. 拠点病院の指定要件における適正な人員配置（埼玉県がん、帝京大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 診療報酬上の評価や財政支援等（埼玉医大学総合医療C、鹿児島大、国がん東）
- b. 患者が働きながら治療や療養ができるような環境整備のため、企業や団体、地域住民に対する周知、啓発を行う（神奈川県がん、和歌山医大、山口大）



- ・ 就労支援に従事する人員の確保、病院外の関係機関との連携の強化により、相談支援・情報提供体制の充実を図ることとしてはどうか。また、今後、両立支援などで相談員が院外での活動が求められる場合には、相談員の増員は必須であり、国がそのための財政的な支援を行うように要望してはどうか。
- ・ 施設内で就労支援を必要としている人を、診断早期にがん相談支援センターへ確実につなげる体制を整備してはどうか
- ・ 施設内や地域において、相談窓口やがん相談支援センターに関して広く普及啓発してはどうか

4-2. 人材育成について（現指針：P.11, P.14～18）

課題

実施体制

- 医療従事者育成のための研修を実施する体制整備が困難
- がんの専門家を目指す医療従事者の研修プログラムやキャリアパスが明確でない
- 研修受講において、国指定の拠点病院が優先され、県指定の拠点病院の医療従事者は受講できていない

人材の確保、育成

- 職種やがん種によっては、専門の人材が不足している
- がんプロフェッショナル養成プラン等の事業で多様な医療職種が全国的に養成されてきているが、十分ではない
- 緩和ケア研修会の受講率が低い

4-2. 人材育成について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 都道府県がん拠点病院が中心となって、がん医療従事者の人材育成に積極的に取り組む必要がある（岐阜大）
- b. 人材育成のための多職種での教育研修プログラムを充実させ、拠点病院がその機能に応じて中核的な役割を担う（帝京大）
- c. 研修担当者に適切な時間の確保と手当てが必要である（九州大）
- d. 緩和ケア研修会をより充実させ、拠点病院を中心に受講率を高める（鳥取大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 研修の開催回数や募集人数など、受け入れ体制の拡充（熊本大）
- b. 拠点病院の規模に応じた医療従事者育成支援の実施、専門職が専門の部門で勤務できるような仕組みの検討（鳥取大）
- c. がん診療に携わる人材の育成におけるサポート、補助、待遇の改善などのインセンティブの検討（埼玉県がん、大阪がん、熊本大）



- ・ 都道府県がん拠点病院が中心となって、各都道府県内の人材育成をより積極的に進めていくこととしてはどうか
- ・ 多職種が参加する教育研修プログラムの充実、人材育成を推進することとしてはどうか
- ・ 地域向けの研修を実施する事務局体制を整備を図ることとし、それに見合った財政的な手当てがなされるよう要望してはどうか

4-3. がん教育、普及啓発について (現指針:P.13)

課題

実施体制

- がん教育の対象、誰が教育するのか、フォローをどうするのかなどが明確になっていない
- 教育指導要領の発効時期のずれや教育授業時間などが限られている
- 現場の学校教官間、患者を含めた病院側の担当者間でも温度差がある

人材の確保

- がん教育における外部講師等派遣協力依頼について、対応できる人は限られており、院内業務により、人間的にも外部へ派遣する余裕がない
- がん相談センターが担う役割や専門性はさらに高まると思われるが、限られた予算と人員配置の中では限界がある

周知不足

- AYA世代のがんは、所属する学校の職員にあまり知られていないため、生徒ががんになった時に、治療をしながら就学が続けられるような配慮が不足している
- がんの当事者となる一般向けには十分ながんについて学ぶ機会がなく、メディアやインターネットなどで断片的な知識になりがちである

4-3. がん教育、普及啓発について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 人的資源が少ない地域への講師派遣等、連携し支援できる体制の構築（熊本大）
- b. 小中学生向けに加え、AYA世代、大学、中高年、職場、地域などさまざまな場面でがんについての情報を発信する拠点病院の取り組みの支援（帝京大）
- c. 講師となる人への教育（自治医大、熊本大）
- d. 学校や諸団体と連携して行える仕組みやサポート体制の構築（がん研）
- e. 生徒への教育だけでなく、教職員に対し、生徒ががんになった時、支援不足により、就学・就労の妨げになっていること、教職員が支援できることがあることを普及啓発する（埼玉県がん）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 教育効果に関する客観的評価制度の検討（栃木県がん、自治医大）
- b. 教育指導要領の発効時期のずれや限られた時間での教育授業などに対する方策の検討（栃木県がん）



- ・がん教育における講師の派遣など、地域と連携したがんに関する正しい知識の普及啓発に協力していくこととしてはどうか
- ・小中学生向けに加え、AYA世代、大学、中高年、職場、地域などさまざまな場面でのがんに関する情報発信の取り組みを、拠点病院が支援することとしてはどうか

1-1. がんの一次予防について (現指針:P.10, 12)

課題

喫煙率の減少と受動喫煙対策

- 病院は敷地内禁煙になっているものの、職場・公共の場での禁煙環境の確保がなされていない
- 喫煙率の減少を促進するための有効かつ具体的な施策を基本計画に盛り込めない

ウイルスや細菌感染対策

- 子宮頸がんワクチンの接種の勧奨が事実上中止されていることによって、がんを予防できる機会が失われかねない
- 陽性者の治療まで至っていない割合が高いことが問題

がん予防の普及啓発

- 学校におけるがん予防（喫煙、飲酒、食事、身体活動、感染など）の教育活動について、各学校で実施している内容が把握されていない
- 行政、地域、職域、医療機関の連携体制が充実していない

1-1. がんの一次予防について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 未成年喫煙ゼロ、望まない受動喫煙を実施できる環境を実現するためにがんの予防部会などに拠点病院から参画し、禁煙外来のアピールや受診促進、受動喫煙防止対策への提案を行う（帝京大）
- b. 学校のがん教育活動や地域住民への一次予防を目的とした普及啓発推進役として地域住民の中から指導員を育成し、喫煙者、子供、高齢者への指導が行える仕組みを構築する（熊本大）
- c. 定年退職を迎えた医療従事者にがんの普及啓発員として、地域住民、職域で活動できる仕組みを構築する（熊本大）
- d. がん予防についての更なる啓発活動（がん研）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. 受動喫煙対策に関して特に優れたプログラムをもつ拠点病院に対して、本件に特化した補助金を上乗せ支給することを提案する（秋田大）



- ・がん予防に関する普及啓発を推進する人材を育成することとしてはどうか
- ・研修や市民公開講座などを通じ、患者・家族、職員、近隣住民などに対し、がん予防に関する正しい知識の普及啓発を行うこととしてはどうか

1-2. がんの早期発見、がん検診について

(現指針:P.12)

課題

低い検診受診率と精検受診率、正確な受診率の把握

- 検診受診率、精検受診率が低く、受診しない理由に応じた対策が不十分
- 大手企業、団体等の職員の健診受診率は高いが、小規模業者の職員や第1次産業の従事者の受診率は低く、がん検診の受診率低下になっている
- 職域検診の実情がいまだよくわからない

検診の精度管理

- 市区町村、施設間でがん検診の精度にばらつきがある
- 市区町村の健診事業、人間ドックなどで行われている検診の精度管理がなされておらず、根拠に基づく効果的な検診の把握ができていない

その他のがんの早期発見、検診について

- 遺伝性家族性腫瘍症候群に対するスクリーニング法・検診方法が確立していない

普及啓発

- 自治体の担当者によって温度差があり、協働体制が構築できない

1-2. がんの早期発見、がん検診について

新たな拠点病院制度に求められること（主な意見）

- a. 拠点病院と自治体が協働して検診の重要性を住民に啓発する（山口大）
- b. 定年退職後の医療従事者を精検受診指導員に任命し、精検未受診者に対して、電話による受診勧奨、自宅訪問による受診勧奨を委託する仕組みを構築する（熊本大）

がん対策として必要と思われること（主な意見）

- a. がん検診の受診率を正確に把握できる仕組み、任意型、職域のがん検診の受診情報を市町村に集約する方法を検討する（熊本大）
- b. 検診に携わる医師、技師の各分野ごとの専門制度の導入検討（がん研）



- ・がん検診に関する普及啓発を推進する人材を育成することとしてはどうか
- ・研修や市民公開講座などを通じ、患者・家族、職員、近隣住民などに対し、がん検診に関する正しい知識の普及啓発を行うこととしてはどうか

第3期がん対策推進基本計画を踏まえ、
がん診療連携拠点病院制度に求められることと
して多くみられたキーワードは、

- 集約化
- 役割分担
- 医療連携
- 情報の共有
- 相談窓口の設置
- 人材育成、研修の実施
- 専門家の配置
- 事務員の配置を含めた事務体制の整備
- 相互評価
- 指標の導入

これらの医療体制を実現するため、がん診療連携拠点病院の整備においては、以下が必要ではないか。

1. 全ての医療機関に同様の医療体制を求めるのではなく、
 - ①ある分野における専門的な医療を提供する拠点病院とそれ以外の拠点病院の機能分化
 - ②より専門性の高い拠点病院への医療資源の集約化と他の医療機関との連携体制の構築
2. より質の高い医療を提供していくために、
 - ①「診療の質」を重視した医療提供体制の適切な評価（相互評価を含む）
 - ②PDCAサイクルの確保
3. 拠点病院が求められる役割を十分に担うために、
 - ①事務員の配置を含めた事務局体制の整備
 - ②事務員配置に伴う財政的な支援